**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЁМЕ**

**в ВПК «ВОИНСКАЯ ДРУЖИНА»**

 Руководителю ВПК

 «ВОИНСКАЯ ДРУЖИНА»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу принять моего ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в ВПК «ВОИНСКАЯ ДРУЖИНА», с расписанием тренировок ознакомлен (а).

С условиями посещения секции ознакомлен (а), согласен (на).

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия Имя Отчество законного представителя (родителя или опекуна) для спортсменов моложе 18 лет)*

нижеподписавшийся был проинформирован (а) и осознал (а), что занятия по рукопашному бою, страйкболу, пейнтболу могут и являются источником повреждений (травм), как серьёзных, так и незначительных.

Я признаю,

1. что добровольно участвую в тренировочном процессе,
2. полностью осознаю возможную опасность и принимаю полную ответственность за все мои действия, произведённые в рамках и в связи с тренировочным процессом.
3. Тренировочный процесс, технические семинары являются закрытыми мероприятиями, поэтому на них не допускается присутствие родственников или знакомых.
4. Показательные выступления, аттестации, родительские собрания, соревнования являются открытыми мероприятиями на них возможно и желательно присутствие не только близких родственников, но и знакомых.
5. Необходимость наличия спортивной формы, обмундирования и защитной амуниции, в случае отсутствия которой я не буду допущен к занятиям и участию в соревнованиях, практических тренировках и тактических играх.

Приложение:

1. Копия свидетельства о рождении учащегося.
2. Копия паспортов родителей (2 и 3 страница).
3. Фото учащегося 3х4 – 2 штуки.
4. Допуск врача к занятиям с повышенной физической нагрузкой (рукопашный бой, страйкбол, пейнтбол).
5. Копия медицинского страхового полиса.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_